





Attestazioni	<ul style="list-style-type: none"> <li>Che nei propri confronti non sussistono le cause di divieto, di decadenza o di sospensione di cui all'art. 10 della Legge 31.5.1965, n. 575 e successive modificazioni</li> </ul>
	<p>Che vengono rispettati i dettami dei Regolamenti di Polizia Urbana, Annonaria, Igienico-Sanitaria, Edilizio, delle Norme Urbanistiche, di destinazione d'uso e ai requisiti minimi strutturali e tecnologici generali di cui alla D.C.R. 616-3149/2000, con particolare riferimento a barriere architettoniche, tutela dell'inquinamento acustico, protezione antincendio, salute e di sicurezza nei luoghi di lavoro, risparmio energetico del locale e degli impianti nello stesso installati, così come attestato da <u>tecnico abilitato</u> nell'allegato Modello <b>AII Tec-Amb</b> e dal <u>Direttore Sanitario</u> nell'allegato modello <b>AII-DirSan</b></p>

<ul style="list-style-type: none"> <li>Richiede che le comunicazioni relative al presente Procedimento vengano inviate al seguente indirizzo P.E.C. (Posta Elettronica Certificata): _____</li> </ul>
---

### ALLEGA ALLA PRESENTE

Allegati	<input type="checkbox"/> Copia del documento di identità, qualora l'istanza sia presentata a mezzo posta o da un terzo;
	<input type="checkbox"/> <b>(1)</b> Dichiarazione di conformità tecnica <b>AII Tec-Amb</b>
	<input type="checkbox"/> <b>(2)</b> <i>(solo in caso di modifica attività senza modifica locali)</i> Planimetria in scala 1/100 a firma di tecnico abilitato atta a rappresentare i locali allo stato attuale, contenente la destinazione di ogni ambiente con l'indicazione delle relative superfici e la posizione delle postazioni di lavoro;
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Dichiarazione del Direttore Sanitario <b>AII-DirSan</b>;</li> <li>Copia contratto con la ditta di smaltimento rifiuti;</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Dichiarazione sostitutiva dell'atto costitutivo della Società o dell'iscrizione alla Camera di Commercio o del patto associativo tra professionisti se trattasi di studio associato;</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Elenco attrezzature;</li> <li>Elenco prestazioni erogate;</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Dichiarazione della presenza medica in assenza del Direttore Sanitario (a firma congiunta del titolare e del Direttore Sanitario);</li> <li>Dichiarazione trattamento dati sensibili;</li> </ul>
	<input type="checkbox"/> <b>(per i cittadini extracomunitari)</b> Copia permesso di soggiorno in corso di validità, idoneo all'esercizio dell'attività, e/o copia della ricevuta attestante l'avvenuta presentazione della richiesta di rinnovo alla Questura (come da nota n. prot. 11050/M(8) del 5/08/2006 del Ministero dell'Interno).
	<input type="checkbox"/> <b>ALLEGATO A1 (Per le Società:</b> Dichiarazione attestante l'inesistenza delle cause di divieto, di decadenza, di sospensione di cui all'art.10 della L. 31.5.1965, n.575 e s.m.i., da compilarsi a cura di: S.N.C.: tutti i soci; S.A.S.: soci accomandatari; S.P.A. e S.R.L.: rappresentante legale e membri del consiglio di amministrazione con relative fotocopie dei documenti di identità in corso di validità di tutti i firmatari);
	<input type="checkbox"/> Copia della eventuale precedente autorizzazione dell'ambulatorio medico;
	<input type="checkbox"/> Elenco degli impianti (attrezzature, apparecchiature e accorgimenti particolari di carattere tecnico nell'ambito dell'ambulatorio) a firma del Direttore Sanitario e del titolare
	<input type="checkbox"/> Istanza di valutazione della compatibilità territoriale;
	Oppure <i>(ove non richiesta)</i>
	<input type="checkbox"/> Relazione descrittiva dell'intervento programmato;

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Info	<p>La presente domanda, debitamente compilata in ogni sua parte, deve essere sottoscritta in presenza del dipendente addetto; oppure può essere trasmessa sottoscritta dal richiedente (<b>l'assenza della firma è motivo di rigetto della pratica</b>) unitamente alla fotocopia di un documento d'identità dei firmatari in corso di validità:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- mediante raccomandata A/R a: Divisione Commercio Via Meucci n.4 – 10121 Torino,</li> <li>- tramite FAX indirizzandolo a: Divisione Commercio FAX 011-4430863</li> </ul> <p><b>Sportello Unificato del Commercio</b> – Ufficio Informazioni e Accettazione pratiche - Via Meucci n.4 – 10121 Torino  Orario: dal Lunedì al Giovedì dalle ore 9.00 alle ore 12.00 - Venerdì dalle ore 9.00 alle ore 11.00  Informazioni telefoniche dal Lunedì al Giovedì dalle ore 14.00 alle ore 16.00 Tel.011/4430.523 – 411 - 462</p>
	<p>Alla pratica è sempre necessario allegare l'attestazione dell'avvenuto versamento di € 50,00 con una delle seguenti modalità:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- versamento sul c/c postale (utilizzando bollettini a 4 sezioni) n. <b>68700137</b></li> </ul>
	<p>Codice IBAN: <b>IT72E076010100000068700137</b>  intestato a: <b>COMUNE DI TORINO - SETT. ATTIVITA' ECONOMICHE E DI SERVIZIO - VIA MEUCCI 4 - 10121 TORINO</b>  causale: <b>Diritti di istruttoria e ricerca.</b></p>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- pagamento dell'importo previsto effettuato con denaro contante all'atto della presentazione della pratica agli sportelli.</li> </ul>
	<p>Informativa ai sensi del D.Lgs.196/2003: i dati sopra riportati sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del procedimento per il quale sono richiesti e verranno utilizzati esclusivamente per tale scopo.</p> <p>L'Amministrazione procederà ad effettuare, ai sensi dell'art. 71 D.P.R. 445/2000, idonei controlli anche a campione ed in tutti i casi in cui sorgono fondati dubbi sulla veridicità delle dichiarazioni sostitutive presentate.</p>